

УДК:616.366 – 007.251 – 032

СПОНТАННІ ВНУТРІШНІ БІЛІАРНІ НОРИЦІ

Румянцев К.С.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, ускладнення, внутрішні жовчні нориці, синдром Бувере, синдром Міріззі, хірургічне лікування

Вступ. Спонтанні внутрішні біліарні нориці (СВБН) – патологічний процес, який характеризується наявністю аномального сполучення позапечінкових жовчних шляхів з іншим порожнистим органом черевної або, рідше, грудної порожнини, або аномального сполучення позапечінкових жовчних шляхів між собою. Частота, з якою зустрічаються СВБН, коливається від 0.3% до 5% [3, 6].

Середній вік хворих з даною патологією складає в межах 68.6-88 років. При поділі за статтю 75% хворих складають жінки, що зумовлено більшою частотою жовчнокам'яної хвороби серед них [2].

Причиною утворення СВБН найчастіше стають: жовчнокам'яна хвороба (90.7%), пенетрація пептичної виразки (5.5%), розпад пухлини панкреато-біліарної зони (3.8%) [1,3]. Перфорації і прорізуванню конкрементів у

порожнину іншого органу сприяють дегенеративно-дистрофічні зміни стінок органів а також судин, що їх кровопостачають, що і зумовлює високу частоту СВБН у осіб похилого і старечого віку, для яких дегенеративні зміни в організмі є характерними.

За локалізацією всі СВБН можуть бути поділені на:

1. Біліодигестивні
 - a. Холецистодигестивні
 - b. Холедоходигестивні
2. Біліо-біліарні
3. Біліосудинні
4. Біліобронхіальні

Найбільш часто зустрічаються холецисто-дуоденальні нориці (82.5%), рідше – холецисто-шлункові (6.3%), міхурно-товстокишкові (1.2%), холецистотонкокишкові (1.2%), складні і множинні нориці (7.2%) [2, 3, 6].

СВБН можуть перебігати як безсимптомно і стати операційною знахідкою, так і проявляться обструктивною жовтяницею, холангітом, кишковою непрохідністю або шлунково-кишковою кровотечею.

Окремо виділена так звана “пілородуоденальна” непрохідність, яка викликана защемленням конкремента в пілоричному відділі шлунка або в дванадцятипалій кишці, що відома як синдром Бувере, який зустрічається у 2% випадків жовчокам’яної кишкової непрохідності і є надзвичайно рідкою патологією – в літературі описано близько 225 випадків [5].



Рис. 1. Міхурці повітря у внутрішньопечінкових жовчних протоках

При дослідженні ШКТ з барієвою сумішшю інколи можна побачити контрастування жовчовивідних шляхів, з затримкою контрасту в них понад 12 годин.

При УЗ - діагностиці також нечасто виявляються тіні конкрементів в області злиття міхурового протоку з холедохом на фоні розширеного холедоха або ознак обструкції жовчовивідних шляхів. Найбільш патогномонічною УЗД ознакою СВБН слід вважати наявність т.зв. “мікроцисти” – зморщеного жовчного міхура невеликих розмірів.

Матеріали та методи: В хірургічному відділенні ОКЛ м. Ужгород за 20 років виконано понад 4000 операцій на ЖКХ та 2000 операцій з

Окремо також виділений т.зв. синдром Міріззі, що характеризується наявністю нориці між жовчним міхуром і холедохом.

Діагностика СВБН в доопераційному періоді надзвичайно важка. За даними різних джерел правильний діагноз до операції вдається поставити в 16-20% відсотках випадків [3,5]. При зборі анамнезу необхідно враховувати вік хворих, переважання жінок при даній патології, багаторічний анамнез ЖКХ, почастішання нападів жовчної коліки у даного пацієнта.

Серед додаткових методів при обзорній рентгенографії в 17% можна виявити аеробілію (фото 1).

приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Біліарні спонтанні внутрішні нориці виявлені у 73 хворих:

- холецистодуоденальні – у 33
- холедоходуоденальні – у 17
- холецистогастральні – у 12
- холецистостовстокишкові – у 8
- холецисто-загальнопечінкової протоки – у 3.

У 65 (89%) внутрішні біліарні нориці утворились в результаті ЖКХ, у 5 (6.8%) – в результаті виразкової хвороби, у 3 (4.1%) – при раковій жовчного міхура.

У 17 хворих був діагностований синдром Міріззі (табл. 1)

Таблиця 1

Вид операцій та кількість хворих при синдромі Міріззі

Вид операції	Кількість хворих
Ушивання холедоха	2
Вільна пластика гепатикохоледоха на Т-подібному дренажі	3
Вільна пластика гепатикохоледоха на каркасних печінкових дренажах	2
Пластика гепатикохоледоха стінкою жовчного міхура на Т-подібному дренажі	10

Летальних випадків не спостерігалось. При УЗД обстеженні у майже 100% випадків була виявлена “мікроциста”.

У 2 хворих спостерігався синдром Бувере і вони надійшли до клініки з проявами високої кишкової непрохідності. Ще у однієї хворої висока кишкова непрохідність була зумовлена жовчним

каменем, що заклинився на 15см нижче т.зв. Трейца. У однієї з хворих з синдромом Бувере в області ілеоцекального кута був виявлений другий великий конкремент.

Всім трьом хворим була виконана одноетапна операція. Летальних випадків не спостерігалось.

Результати та їх обговорення. Лікування

СВБН здебільшого оперативне і полягає в ліквідації нориці, видаленні патологічно зміненого жовчного міхура із зашиванням дефекту внутрішнього органу, пластикою позапечіночних жовчних протоків з відновленням їх прохідності і обов'язковим зовнішнім їх тимчасовим дренируванням [3]. При виконанні холецистектомії правилом повинно стати виконання холецистектомії "від дна", що зумовлено неможливістю диференціювання елементів трикутника Кало і ймовірністю ятрогенного пошкодження жовчовивідних шляхів.

При лікуванні жовчокам'яного ілеусу використовуються одно- або двохетапні операції. Одноетапна операція полягає в ентеролітотомії, холецистектомії і зашиванні дефекту порожнистого органу. Двохетапна полягає лише в ентеролітотомії і передбачає висічення нориці, як другий етап.

Говорячи про місце лапароскопічної хірургії в лікуванні таких ускладнень слід визнати, що вона відступає на другий план перед традиційною.

Летальність при лікуванні даної патології сягає 33%, хоча в останні роки у зв'язку із залученням нових інструментальних методів її вдалося знизити до 12-15%.

Висновки: На завершення слід сказати, що СВБН є патологією, важкою для діагностики, і такою, що дає високу летальність при хірургічному лікуванні. Важкість патології зумовлена як технічними труднощами при операціях в даній зоні, так і часто похилим і старечим віком хворого. Профілактикою СВБН може стати раннє хірургічне лікування ЖКХ, що дозволить запобігти прогресуванню дегенеративно-дистрофічних змін, які ведуть до збільшення об'єму операції і, відповідно, летальності. Наявність аеробілії при рентгенографії або мікроцисти при УЗД свідчить про високу імовірність СВБН. Оперативні втручання при внутрішніх біліарних норицях відносяться до категорії складних і повинні виконуватись досвідченим біліарним хірургом [2, 3].

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев А.М., Копчак В.В., Баланник З.И., Горшевинова Э.В. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений у больных со свищем внепеченочных желчных протоков // Клін. хірургія. – 1993. – №11. – С. 26-28.
2. Иващенко В.В., Ковальчук В.С., Тихий А.Т., Серета В.П. Тактика лечения желчнокаменной непроходимости кишечника // Клін. хірургія. – 1998. – №9-10. – С. 13-15.
3. Русин В.І., Русин А.В., Румянцев К.Є. Хірургічне лікування синдрому Міріззі // Шпитальна хірургія. – 2000. – №3. – С. 132-134.
4. Karakoyunlar O., Sivrel E., Koc O., Denecli A.G. Mirizzi's syndrome must be ruled out in the differential diagnosis of any patients with obstructive jaundice // Hepatogastroenterology. – 1999. – Vol. 91. – P. 2178-2182.
5. Oikarinen H., Pääivänsalo M., Tikkakoski T., Saarela A. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus // Acta Radiol. – 1996. – Vol. 91. – P. 917-922.
6. Nakagawara M., Kajimura M., Hanai H., Kaneko E. Preservative treatment for biliobiliary fistula // J. Clin. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 91. – P. 190-192.

SUMMARY

SPONTANEOUS INTERNAL BILIAR FISTULAS Roumyantseff K.

The article is dedicated to problems of diagnostic, treatment and preventive measures for spontaneous internal biliar fistulas (SIBF), as infrequent complication of a cholelithiasis. The results of treatment of 73 patients with the described pathology in surgical clinic of Regional hospital of Uzhgorod are shown. All fistulas were diagnosed during operations on cholelithiasis or peptic ulcer. The detection of air in bile ducts at an X-ray examination and "microcyst" at an ultrasound allowed us to suspect a presence of a fistula. The treatment of SIBF is usually an operation that consists of liquidation of a fistula, cholecystectomy with sewing of defect of an internal hollow organ, plastics of extrahepatic bile ducts with recovery of their permeability and outboard temporary drainage.

Key words: gallstone disease, complications, internal biliar fistulas, Bouveret syndrome, Mirizzi syndrome, surgical treatment